

ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL PERU



MINISTERIO DE SALUD

COMISION NACIONAL DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

CARATULA: La figura, original de Guaman Poma de Ayala (Siglo XVI) representa la celebración de la CITUA, festividad de contenido simbólico de purificación, en relación a la concepción mágica de la salud en la época incaica.

**ATENCION PRIMARIA
DE SALUD EN EL PERU**



MINISTERIO DE SALUD

ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL PERU



COMISION NACIONAL DE ATENCION

PRIMARIA DE SALUD

LIMA, 1981

RIJCHARY

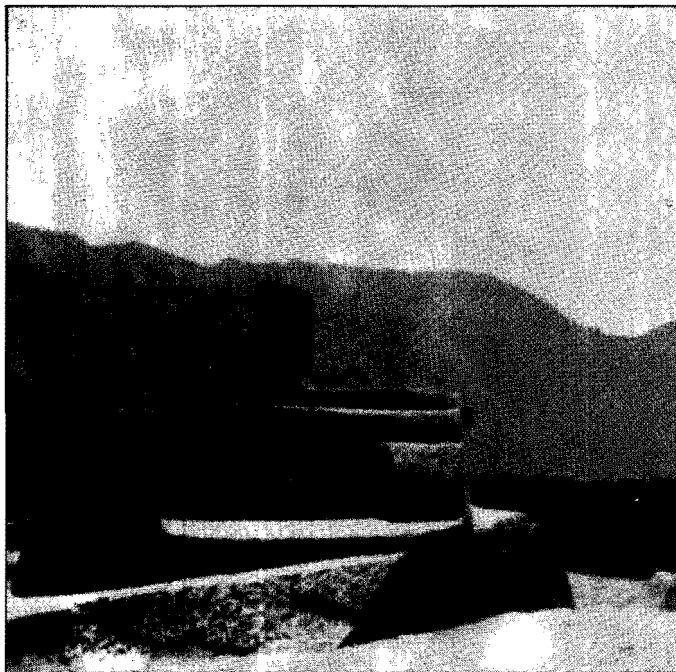
RIJCHARIYCHIS

RIJCHARYSUMPUNI

DESPIERTA

DESPIERTEN

DESPERTAREMOS SIEMPRE



INTIHUATANA



M. 0000-02-SA/000.

Resolución Ministerial

Lima, 22 de

Enero

de 1981

CONSIDERANDO :

Que, el Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud 1982-1985, ha señalado a la Atención Primaria de Salud como la estrategia ba se para el cumplimiento de la política del Sector;

Que, la Comisión Nacional de Atención Primaria ha elaborado un do cumento conteniendo las formulaciones conceptuales y operaciona- les para la implementación de la Atención Primaria;

Que, es necesario que el citado documento alcance su máxima difu sión para su correcta aplicación; y,

Con la opinión favorable del Vice-Ministro;

SE RESUELVE :

- 1^a Aprobar el documento "Atención Primaria de Salud en el Perú", que contiene la propuesta de implementación de los Módulos de Atención Primaria de Salud, en función de la extensión de co berturas y ampliación de la educación sanitaria;
- 2^a Los Servicios de Salud adecuarán su organización y recursos en orden a lograr una implementación gradual de los Módulos de - Atención Primaria;
- 3^a Las direcciones Regionales de Salud quedan encargadas de la di fusión y adecuada aplicación del contenido del documento.

Regístrese y comuníquese,

URIEL GARCÍA CACERES
MINISTRO DE ESTADO
EN EL DESPACHO DE SALUD

LSA/VAL.
av/.

PRESENTACION

La Política de Salud vigente, ante la impostergable necesidad de administrar con la mayor racionalidad los limitados recursos que el país destina al cuidado de la salud, se orienta a una extensión de coberturas que favorezcan en forma efectiva a la población con mayores riesgos de enfermar y morir, y ha adoptado la estrategia de Atención Primaria de Salud por considerarla válida para nuestra realidad.

El presente documento se ha elaborado con el propósito de difundir las bases conceptuales y metodológicas de la Atención Primaria de Salud, su implementación y los campos de actividades prioritarias, en concordancia con el Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud (PNACS 82-85).

Este documento representa la decisión de la Política del Sector, respecto a la Atención Primaria, y por lo tanto, deberá ser aplicada para la integración de las acciones de salud de la comunidad y de los servicios que conforman la estructura sanitaria del país.

Agradecemos y felicitamos a la Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud que ha hecho posible contar con este documento.

A handwritten signature in black ink, reading "Uriel García Cáceres". The signature is fluid and cursive, with a horizontal line drawn underneath the name.

Dr. Uriel García Cáceres

DR. URIEL GARCIA CACERES
Ministro de Salud

DR. ROLANDO CALDERON V.
Vice-Ministro de Salud

COMISION NACIONAL DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

- | | | |
|---|-------------------------|------------|
| — | Dr. Luis Sobrevilla A., | Presidente |
| — | Dra. Verna Alva León, | Vice-Pdta. |
| — | Dr. Jesús Toledo Tito, | Secretario |

GRUPO DE TRABAJO

- | | | |
|---|------------------------|----------------------|
| — | Srta. Esther Farfan C. | Enfermera |
| — | Dr. Carlos Aragon Z. | Antropólogo |
| — | Dr. Ethel Bazan V. | Méd. Psiquiatra |
| — | Dra. Nelly de Llaque | Químico-Farmacéutica |
| — | Dra. Juana García C. | Méd. Pediatra |
| — | Srta. Ana Rosa Cabrera | Arquitecto |

TODOS TIENEN DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD INTEGRAL Y EL DEBER DE PARTICIPAR EN LA PROMOCION Y DEFENSA DE SU SALUD, LA DE SU MEDIO FAMILIAR Y DE LA COMUNIDAD.

Art. 15 Constitución Política del Estado — 1979

“LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD, ES LA ASISTENCIA SANITARIA ESENCIAL BASADA EN METODOS Y TECNOLOGIAS PRACTICAS, CIENTIFICAMENTE FUNDADAS Y SOCIALMENTE ACEPTABLES, PUESTA AL ALCANCE DE TODOS LOS INDIVIDUOS Y FAMILIAS DE LA COMUNIDAD MEDIANTE SU PLENA PARTICIPACION”.

ALMA - ATA
Conferencia Internacional
OMS/UNICEF
1978

CONTENIDO

Página

PROLOGO

XV

I. LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DE LA POLI- TICA DEL SECTOR.

1

- El Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Objetivos de la Política de Salud.
- El Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud.

II. ATENCION PRIMARIA DE SALUD: BASES CONCEPTUALES Y METODO- LOGICAS.

7

- Principios doctrinarios
- Consideraciones básicas
- Procedimientos
- Actividades
- Recursos humanos

III. BASES PARA LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE ATENCION PRIMA- RIA DE SALUD EN EL PAIS

23

- De la organización
- De los Módulos de Atención Primaria de Salud (MAPS)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

33

HOMENAJE A MANUEL M. NUÑEZ BUTRON

35

ANEXOS

- Sumario diagnóstico de la situación de salud.
- Glosario de términos operacionales.

42

50

PROLOGO

La salud, uno de los bienes más preciados para el individuo y la sociedad, no está al alcance de todos los peruanos por igual. Sólo uno de cada cuatro dispone de servicios de salud, otros dos tienen algún grado de acceso a éstos, y el cuarto, se encuentra desprotegido y recurre únicamente a la medicina tradicional. Los niveles de salud de la población son notoriamente bajos y no guardan proporción con el avance del país en otros campos. Los riesgos evitables de enfermar y morir afectan principalmente a los niños y se deben, en gran parte, a causas susceptibles de ser controladas por vacunaciones, medidas higiénicas, servicios sanitarios básicos, saneamiento ambiental y educación para la salud.

La tasa de mortalidad infantil, no obstante haber disminuido al nivel de 95 por mil nacidos vivos, continúa siendo alta, y la mortalidad materna es elevada, estimándose en 30 por 10,000 nacimientos.

Entre los factores determinantes de esta insatisfactoria situación de salud, cabe señalar la inadecuada coordinación entre las diversas instituciones prestadoras de servicios de salud, y la falta de una efectiva coordinación intersectorial. Esto lleva al irracional uso de los recursos existentes y el bajo rendimiento de los mismos. El poco uso de los servicios formales de salud se explica, asimismo, por problemas de accesibilidad tanto en lo geográfico como en lo económico y cultural. Las tasas de desocupación y subocupación son elevadas y cerca de un cuarto de la población es analfabeta. Barreras culturales impiden o dificultan la comunicación entre el sistema moderno de salud y las poblaciones marginales.

El Gobierno peruano se halla comprometido en el esfuerzo mundial por alcanzar la SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000, compartiendo el consenso al que llegaron en 1978 los países concurrentes, entre ellos el Perú, en la Conferencia Internacional realizada en ALMA ATA por la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF, en el sentido de que la ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ES LA CLAVE PARA ALCANZAR DICHA META.

La Atención Primaria de Salud tiene hondas raíces culturales, que en el Perú se remontan a la época incaica. En tiempos más recientes el Dr. Manuel Núñez Butrón, insigne pionero con visión moderna, organizó en las décadas del treinta y del cuarenta un amplio programa sanitario de base comunitaria y enfoque preventivo, que logró claro éxito en el control de las enfermedades transmisibles, entre ellas el tifus exantemático. Núñez Butrón llamó "Rijcharis" (Despertadores) a los trabajadores comunitarios de salud, a los que organizó y capacitó y es en homenaje a él y a ellos que esta palabra quechua, que puede traducirse como "Vigía", vuelve al léxico diario de la Atención Primaria de Salud. Posteriormente se efectuaron otros Programas de Medicina Comunitaria en nuestro país. En la década de los sesenta se reiniciaron los esfuerzos de Atención Primaria de Salud, primero como programas aislados en algunas regiones, y en 1979 se llegó a la organización de un Plan de Apoyo a la Atención Primaria de Salud.

El Gobierno Constitucional inició sus actividades en Julio de 1980. El Ministerio de Salud desde entonces, bajo la dirección del Dr. Uriel García Cáceres, ha fijado los

objetivos de política de salud, ha emprendido la organización del Ministerio y ha diseñado el Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud PNACS cuya decisión base es la ampliación de la cobertura con prestaciones de Atención Primaria, destinadas a la población más expuesta a los riesgos evitables de enfermar y morir. Esta decisión sitúa a la Atención Primaria como la estrategia básica del Sector.

La Comisión Nacional de Atención Primaria, constituida por Resolución Ministerial 0021-81, en Febrero de 1981, se ha dedicado a la revisión de los conceptos básicos de la Atención Primaria de Salud, a la organización de sus elementos funcionales y al rediseño de sus actividades en el contexto del PNACS así como a continuar e impulsar las actividades de atención primaria a nivel nacional, a través de directivas técnicas, seminarios y cursos de capacitación nacionales, regionales y locales, y asegurar y ampliar los recursos económicos que permitan el desarrollo de las actividades; en este sentido en breve plazo se ha logrado ampliar el apoyo financiero a la APS, a través de nuevos acuerdos y convenios de cooperación con UNICEF y AID y se trabaja activamente en la preparación de nuevos y más amplios acuerdos con la participación y apoyo de los institutos de cooperación técnica de Alemania Federal y de otros países e instituciones internacionales.

Este folleto resume y condensa los resultados de muchas horas dedicadas al estudio conceptual, a la evaluación de campo, al análisis de técnicas y metodologías de lo realizado en el país y en otros ámbitos. En una versión inicial, fue presentado a nombre de la Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud, por quien escribe estas líneas, en el Seminario Nacional sobre Comunicación Social en Atención Primaria de Salud, realizado en Junio de este año; creció luego a muchas páginas, para reducirse por decisión de la Comisión, a una presentación breve de los aspectos esenciales. Deseamos que quien abra sus páginas, encuentre en ellas una clara exposición de las bases conceptuales y metodológicas de la Atención Primaria de Salud, así como de las de su implementación. Destacan como aspectos de especial relieve, las doce áreas prioritarias de actividad de la Atención Primaria de Salud y la organización modular que se propone. Una acción efectiva en las doce áreas de actividad es esencial para elevar el nivel de salud de nuestro país. El concepto de organización de la Atención Primaria de Salud en módulos, permite una integración coherente de las actividades de salud de la comunidad y de los servicios básicos de la estructura sanitaria.

Se propone dos módulos tipo, uno más apropiado a las áreas rurales de población dispersa y que prestará servicios a unos 15,000 habitantes y otro referido a las áreas de población concentrada, que pueda cubrir hasta 40,000 pobladores. Esta organización modular es naturalmente flexible y deberá adaptarse imaginativamente a las realidades geográficas e institucionales de cada región; utilizando los términos de la planificación, los módulos que aquí se presentan son la "imagen-objetivo" que esperamos alcanzar en el futuro en condiciones de pleno avance hacia la meta.

Un aspecto relevante del funcionamiento de los módulos es la importancia que se asigna a la visita domiciliaria, haciendo que el trabajador de salud realice una efectiva labor preventivo-promocional y de educación sanitaria; esta tarea es fundamental para los Puestos Sanitarios y Centros de Salud cumplan su función a plenitud.

Deseamos expresar nuestro reconocimiento a los miembros y grupos de trabajo de la Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud en la persona de la Dra. Verna Alva León, así como a la Dra. Carmen Delgado de Thays, al personal de artes gráfi-

cas, de secretarías; y a todos los que con su esfuerzo y dedicación han hecho posible contar con este documento. Debemos nuestro reconocimiento igualmente a los Asesores de las Agencias Internacionales que prestan su apoyo a las actividades de Atención Primaria de Salud en nuestro medio, en particular a las siguientes personas: Dr. Gregorio Mendizabal de la OPS/OMS, Dr. Orlando Lugo del UNICEF, Dr. Rainer Rosenbaum de la GTZ/R-F de Alemania y a los Drs. Roberto Cuca y Oscar Echeverri del Banco Mundial.

Expresamos nuestro agradecimiento a la Agencia para el Desarrollo Internacional –AID– por su apoyo técnico y financiero en los proyectos que se realizan en las diferentes Regiones de Salud del país actualmente.

Al UNICEF, una nota de especial reconocimiento por el permanente apoyo otorgado a la Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud, y de manera especial para la producción y edición de este documento.

La Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud espera que estas páginas den a conocer que se quiere y cómo se quiere la Atención Primaria de Salud en el Perú. A quienes vienen trabajando en ella, les reafirmamos que su labor es esencial para mejorar la salud de nuestro país. Sirva esta ocasión también para reiterar que la coordinada actividad de todos los miembros de los Servicios Básicos de Salud y, de los miembros de la comunidad a la cual servimos, y nos debemos, es indispensable para el éxito de esta tarea.

A todos los demás, quisiéramos que sirva de puerta de entrada para su participación y apoyo a este gran esfuerzo, que busca el acceso a servicios de salud y elevar el nivel de vida de todos los peruanos.



Dr. Luis Sobrevilla Alcázar
Presidente de la Comisión Nacional

— I —

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DE LA POLITICA DEL SECTOR.

El Ministerio de Salud, no propone distribuir la riqueza según los varios modelos capitalistas o marxistas. El propósito del Gobierno en el Sector Salud es proporcionar servicios a la gran mayoría de la población marginada y pobre.

Se considera como prioritaria una inversión en Salud, orientada a los sectores de menores ingresos, para promover una verdadera política de inversión en el capital humano que aumente la productividad de la población.

Uriel García Cáceres

— 1980 —

I. LA ATENCION PRIMARIA EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DE LA POLITICA DEL SECTOR.

1. EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (Decreto Ley No. 22365 del 28.11.78), creado con la finalidad de coordinar los planes, programas y acciones de los servicios prestadores de salud a nivel central, regional y local, determina los siguientes componentes:

- Ministerio de Salud
- Instituto Peruano de Seguridad Social
- Sanidad de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales
- Sector no público

Los elementos constitutivos del Sistema Nacional de Salud mantienen su autonomía económica, administrativa y financiera; la participación de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales se realiza sin afectar las necesidades sanitarias de la defensa nacional, ni los aspectos relativos a la seguridad militar.

Las políticas de salud se definen dentro de este marco institucional.

2. LA POLITICA DE SALUD: OBJETIVOS

La Política de Salud del Gobierno ha establecido los siguientes objetivos:

1. Disminuir la morbi-mortalidad, con énfasis en el grupo infantil.
2. Proteger al binomio madre-niño, dentro del concepto de atención integral, asegurando el cumplimiento de una coherente política poblacional.
3. Mejorar los servicios de salud y extender su cobertura.

3. PLAN NACIONAL DE ACCIONES COORDINADAS DE SALUD (PNACS)

Para el cumplimiento de los objetivos de la política del sector, se ha formulado un Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud (PNACS) para el mediano plazo: 1982-85.

El mencionado Plan debe abarcar a todo el país, según prioridades; busca la participación activa de la comunidad, de todos los componentes del Sistema, de otros sectores y de instituciones de cooperación técnica y financiera internacional.

El desarrollo del PNACS 1982-85 se sustenta en un Sistema de Atención de Salud por niveles de complejidad (Fig. 1).

- El Primer Nivel de Atención está constituido por el Centro de Salud, el Puesto de Salud y el Hogar en la comunidad.
- El Segundo Nivel, está integrado por los Hospitales locales.
- El Tercer Nivel, está constituido por los Hospitales Regionales.
- El Cuarto Nivel, es el de los Hospitales Especializados.

La atención Primaria abarca los dos primeros niveles.

El Plan Nacional de Acciones Coordinadas, ha definido cinco Areas de Trabajo.

- I. SERVICIOS: Atención a las personas y Atención al medio ambiente.
- II. RECURSOS: Humanos, físicos, financieros y legales.
- III. ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

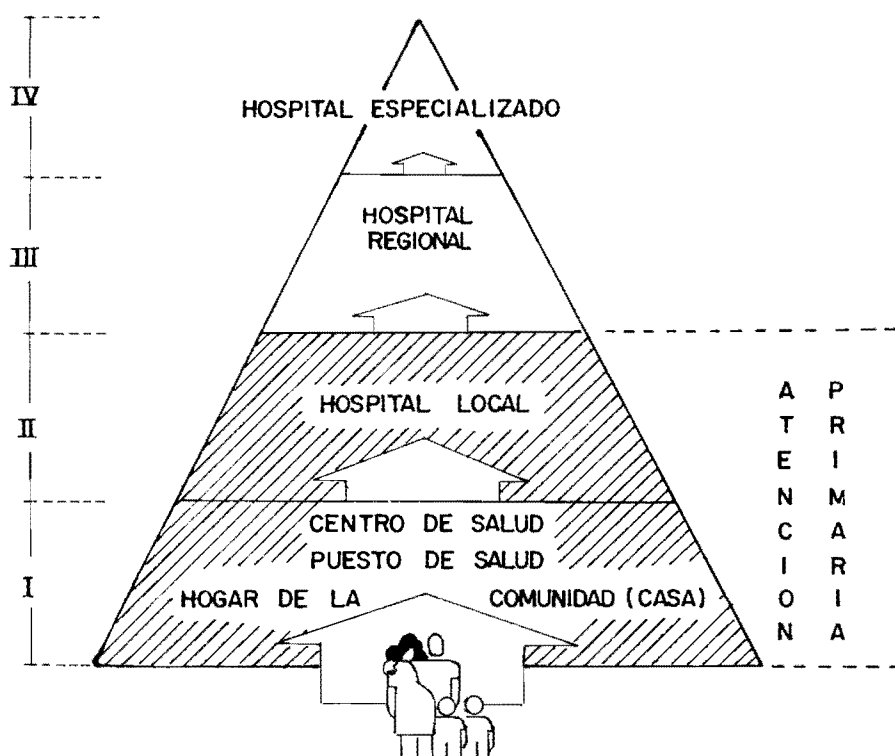
IV. INFORMACION E INVESTIGACION

V. COORDINACION con la comunidad y con otros sectores.

Así mismo, ha planteado dos estrategias de aplicación (Fig. 2).

1. Estrategia de Implementación de la OFERTA.
2. Estrategia de Promoción de la DEMANDA.

FIGURA N°1 - NIVELES DE ATENCION

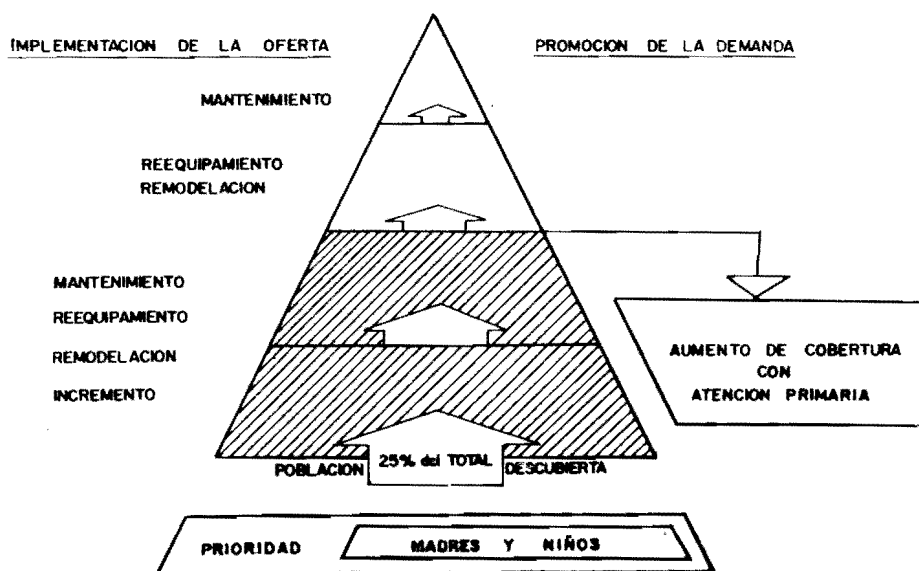


La estrategia de **IMPLEMENTACION DE LA OFERTA** consiste en incrementar, reequipar, remodelar y asegurar el mantenimiento de los Niveles de Atención I y II, y realizar acciones de mantenimiento y equipamiento en los Niveles de Atención III y IV.

La estrategia de **PROMOCION DE LA DEMANDA** se proyecta hacia el mejoramiento del uso de los servicios de salud, mediante la extensión de cobertura, especialmente a través de la **ATENCION PRIMARIA DE SALUD**, dándose prioridad a los grupos de madres y niños.

En conclusión, teniendo en cuenta las políticas nacionales que orientan las acciones del Sector Salud, el Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud para el mediano plazo (1982-85) dá énfasis a la extensión de cobertura con la estrategia de **ATENCION PRIMARIA**.

**FIGURA Nº2 - ESTRATEGIAS DEL PLAN NACIONAL DE ACCIONES COORDINADAS DE SALUD
1982 - 1985**



**ATENCION PRIMARIA DE SALUD
EN EL PERU: BASES CONCEPTUA-
LES Y METODOLOGICAS.**

El Perú se va formando, contradictoriamente, a través de su historia. Un país lleva en sí, por cierto, una multiplicidad de tradiciones.

Está él allí antes e independientemente de nosotros, sus individuos transitorios. Es algo en que nacemos y querámoslo o no nos otorga muchos elementos fundamentales de nuestra ubicación dentro de la vida. Pero debe estar compuesto por hombres y mujeres capaces de ubicarse no en una sino en las dos grandes dimensiones del tiempo: el pasado y el futuro.

Conviene que mantengan esos hombres y mujeres lo que hay de insobornable en la memoria colectiva y que no se encierren artificialmente en la asfixia cronológica del presente. En suma, repito un país es multiplicidad de tradiciones. Pero —no lo olviden nunca y menos ahora— es también empresa, proyecto de vida en común, instrumento de trabajo en función del porvenir.

Jorge Basadre

— 1979 —



II. ATENCION PRIMARIA DE SALUD: BASES CONCEPTUALES Y LOGICAS.

1. PRINCIPIOS DOCTRINARIOS.

1. Toda persona y grupo social tienen el derecho a la salud y el deber de contribuir a preservarla.
 - El derecho a la salud es inherente a la persona por ser consustancial a la vida; por tanto es inalienable, imprescriptible e irrenunciable.
2. Todos los sectores poblacionales tienen derecho a la atención de su salud, mediante la distribución equitativa de los recursos por parte del Estado.
3. Un auténtico trabajo de salud integral permite el desarrollo de las capacidades de cada persona y de cada grupo, para contribuir a su propio bienestar y al de la comunidad a la cual pertenecen.
 - Todo modelo de atención de salud debe basarse en el aporte de la ciencia y de la técnica al desarrollo y bienestar humano.
 - Igualmente, ha de reconocer en cada persona y grupo social las variantes socio-culturales en la concepción y práctica para el cuidado de la salud, tratando de identificar aquellos aportes que sean valederos.

2. CONSIDERACIONES BASICAS

(Fig. 3).

1. La Atención Primaria de Salud en el Perú, es la estrategia fundamental para extender la cobertura de servicios a toda la población del país.
2. Debe entenderse a la Atención Primaria como el conjunto de dos tipos de actividades estrechamente coordinadas: las que emprende y administra la propia comunidad referente a su salud, y las que brindan los servicios básicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Centros de Salud y Puestos de Salud preferentemente).
3. El enfoque de Atención Primaria de Salud permite poner la atención integral de salud al alcance de todas las personas y familias, ya que mediante la referencia se posibilita su acceso a los diversos niveles de atención, según la complejidad del problema. (Fig. 4)
4. La Atención Primaria de Salud abarca a toda la población, priorizando el desarrollo de sus acciones en las áreas urbano marginales y rurales, y en los grupos poblacionales más expuestos a los riesgos de enfermar y morir.
5. La Atención Primaria de Salud:
 - Constituye un aspecto básico del desarrollo global de la comunidad, por tanto, está estrechamente vinculada con los otros sectores, tales como Educación, Agricultura, Alimentación, Trabajo, etc. y con el Sistema Nacional de Cooperación Popular. De ahí que, es esencial para el logro de sus objetivos el esfuerzo coordinado de todos los sectores.
 - Se basa en la plena participación del individuo, la familia y la comunidad;

FIGURA N°3- ATENCION PRIMARIA DE SALUD

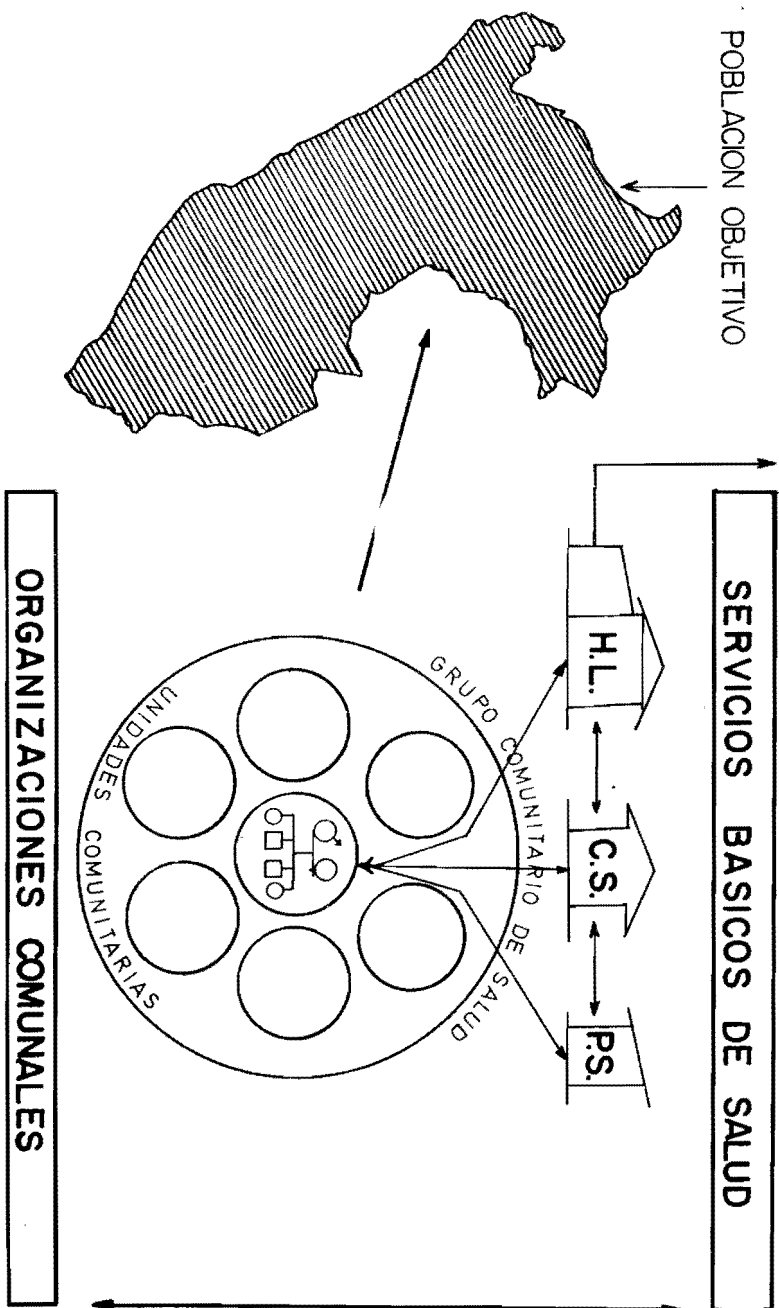

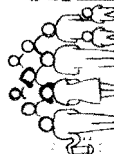
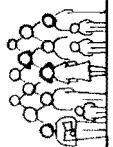
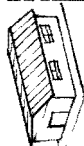
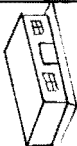

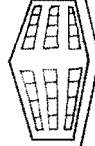
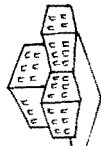


Figura No. 4 — NIVELES DE ATENCION Y DE REFERENCIA

NIVEL I					NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV	
Variables								
	FAMILIA	UNIDADES COMUNITARIAS	GRUPOS COMUNITARIOS	PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL LOCAL	HOSPITAL REGIONAL	HOSPITAL ESPECIALIZADO
	POBLACION.	120 - 240 Personas	600 - 1200 Personas	3600 - 10000 Personas	15000 - 40000 Personas			
	RIESGO	BAJO	BAJO	MEDIANO	MEDIANO +	ALTO	MUY ALTO	CRITICO
	SERVICIOS	Conducción Familiar	Vigilancia de la Salud	Atención Simplificada de Salud	Atención Integral de Salud	Atención Integral de Salud	Atención Especializada de alta complejidad.	Atención de muy alta complejidad.
RECURSOS	Padre y Madre	Vigia	Auxiliar de Salud	Enfermera y otro personal de Salud	—Médico —Otros profesionales.	Equipo Básico de Salud	Equipo de Salud (Medic. Pediatr. G. Obst. Cirugía).	Equipos muy diferenciados de Especialistas.

tiende a estimular la responsabilidad y autodeterminación en todas las etapas de su desarrollo: planificación, organización, ejecución, control y evaluación.

- Se vale de los recursos materiales, financieros, administrativos y humanos que existan en la comunidad, aprovechando los conocimientos y prácticas populares.
 - Se basa, igualmente, en la plena participación del personal y de los servicios formales del sector, sobre todo en los aspectos de orientación, supervisión técnica, capacitación y atención adecuada, contando con los recursos necesarios.
6. El personal de los servicios básicos de salud, y los recursos humanos de la comunidad, coordinan sus acciones de tal modo que vienen a constituir un equipo básico unitario de salud.
 7. La Atención Primaria de Salud, debe entenderse como un modelo de aplicación y coordinación de los programas de salud y desarrollo, y no como un programa independiente.
 8. La estrategia de Atención Primaria requiere para su desarrollo adecuado, de una efectiva coordinación en todos los escalones del Sistema Administrativo de Salud: desde el nivel central, al regional y local. Las acciones a desarrollar tienen que estar articuladas formando parte del Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud.
 9. La Atención Primaria tiene que ser concebida en sus tres aspectos fundamentales:
 - Atención a las Personas (familia y comunidad)
 - Atención al medio ambiente
 - Desarrollo de la comunidad, como base educativa y como medio para su participación.
 - La educación para la salud, como proceso permanente y sistemático, es parte esencial en cada uno de los aspectos mencionados.
 10. La atención Primaria de Salud implica un cambio en la conceptualización y en la práctica de las actividades de salud: considera elemento nuclear a la comunidad y no al Hospital, como en el enfoque tradicional. (Fig. 5)

3. PROCEDIMIENTOS

- Aplicación de tecnologías apropiadas y utilización de recursos humanos adecuadamente capacitados.

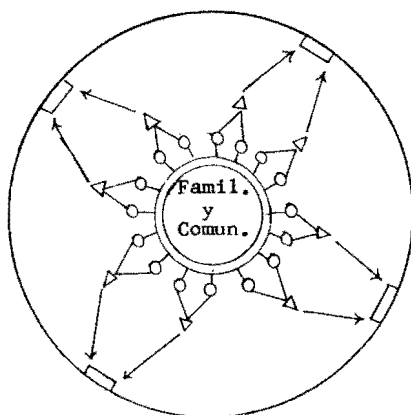
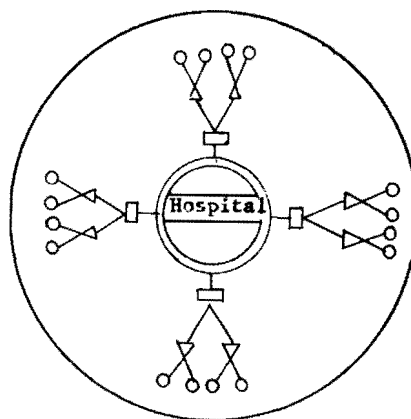
Esta medida implica la realización de tareas de salud en el seno de la familia y de la comunidad, de tal modo que la población se convierta en protagonista de las acciones para el cuidado de su propia salud; su aplicación conlleva la capacitación de todos los recursos humanos participantes, así como la implementación de un sistema adecuado de referencia, para asegurar el acceso desde los niveles más simples a los más sofisticados de atención a la salud.
- Aplicación progresiva de un sistema modular que permita la adecuada organización de las acciones a realizar en los Servicios Básicos de Salud: Niveles I y II.

Esto supone, que la elevación de los niveles de salud se logrará con la extensión de cobertura, atención integral, acciones eminentemente preventivas y de promoción.

Figura N° 5 ENFOQUES PARA LA COBERTURA DE SALUD

ENFOQUE HOSPITALARIO DE
PRESTACION DE SERVICIOS
DE SALUD

Hospital	⊗
Centro de Salud	□
Puesto de Salud	△
Comunidad	○



ENFOQUE DE LA ATENCION
PRIMARIA DE SALUD PARA
PRESTACION DE SERVICIOS

Familia y Comunidad	⊗
Puesto de Salud	○
Centro de Salud	△
Hospital	□

- Oferta de un servicio oportuno y eficaz en los aspectos de promoción y prevención, que contribuya a la disminución de los costos que demanda la atención de los casos agravados por falta de dicha atención.

Las acciones de Atención Primaria deben ofrecer solución a los problemas de salud que se encuentran dentro de sus posibilidades de acción, y referir a los otros niveles aquellos que requieran atención más especializada.

- **La Visita Domiciliaria** constituye una modalidad irremplazable de la oferta de servicios de Atención Primaria. A ella se debe agregar la Atención Simplificada de Salud que se brindará en el Puesto de Salud y la Atención Integral que corresponde al Centro.
- Es necesaria la sincronización y unificación progresiva de las acciones de tal modo que se logre a nivel intrasectorial un eficaz trabajo en equipo. Se precisa de una adecuada articulación de las actividades del sistema formal de salud con el sistema comunal, para el logro de objetivos comunes.
- **La Participación de la Comunidad** es reconocida como un medio eficaz para cambiar o mejorar las condiciones sanitarias de la misma.

Se trata por tanto, de un instrumento suficientemente ágil y operativo para lograr que la comunidad en breve plazo y con menor costo, actúe como sujeto de su propio desarrollo en el campo de la salud.

La participación de la comunidad es el fundamento de la política de Cooperación Popular, que sistematiza la base legal, armoniza la realización de la Política Nacional con la Política de Salud, para lograr su mejor contribución al desarrollo social y económico del país.

El Ministerio de Salud, estimula, acepta y aprovecha la participación activa de la comunidad, por ser a ésta a la que en definitiva le corresponde solucionar sus propios problemas de salud.

La participación comprende los siguientes aspectos:

- Determinación de necesidades en materia de salud, planificación y toma de decisiones, colaboración en el desarrollo de los programas y su financiamiento, y evaluación y control en las acciones de salud.

En la práctica se realiza a través de los Comités de Salud los cuales son unidades de participación en la estructura organizativa de la comunidad.

“La participación de la comunidad ha sido una respuesta acertada a este nuevo enfoque de la atención de la salud y la enfermedad, por cuanto la motivación, educación y organización de las comunidades les está permitiendo participar en los programas para beneficio de su propia salud”. (1)

El país cuenta con una tradición de participación comunitaria que ha permitido la ejecución de obras monumentales.

4. ACTIVIDADES

Las actividades de Atención Primaria se definen teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Prioridades emergentes de los principales indicadores de la morbilidad y mortalidad en cada lugar.

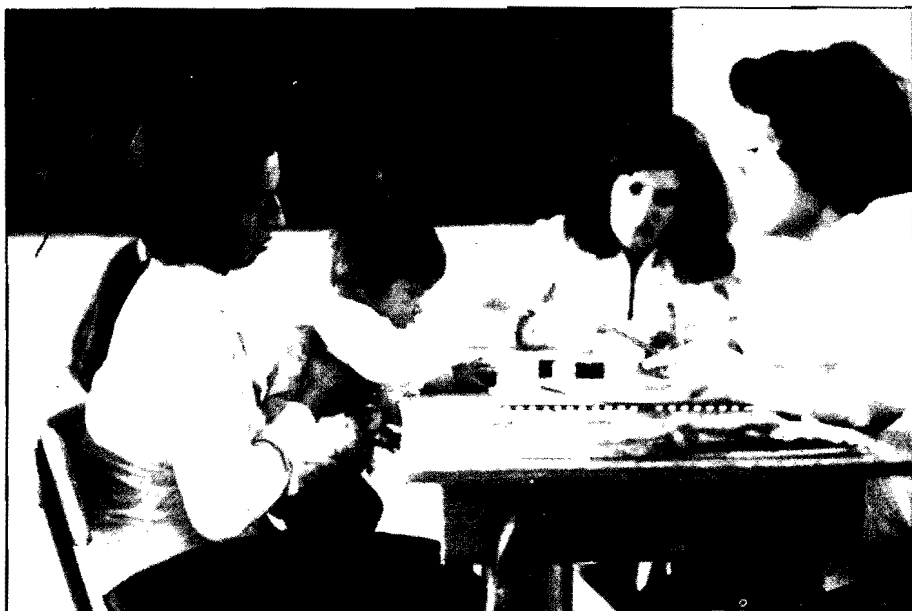
Aunque existen denominadores comunes a todo el país, tanto en la zona urba-

no-marginal como en la rural, aparecen diferencias de grado en la problemática de salud; así también existen prevalencias zonales de ciertas enfermedades. Todo esto obliga a considerar una categorización flexible de actividades a realizar en cada área programática.

2. Vulnerabilidad de los problemas detectados a la tecnología sanitaria disponible. Un ejemplo de la combinación óptima entre la magnitud del daño y su vulnerabilidad al tratamiento, está dado por las enfermedades fácilmente controlables por las vacunas.
3. Utilización de tecnologías apropiadas. Uno de los factores más importantes es la capacitación del recurso humano que habrá de utilizar tales tecnologías. Por otro lado, se considera imperativo obtener la mejor relación posible entre los costos y los beneficios logrados.

En concordancia con el Plan Nacional de Acciones Cordinadas de Salud, las actividades de Atención Primaria se orientan a:

1. Complementación alimentaria.
2. Vacunación
3. Prevención y tratamiento de la enfermedad diarreica en la infancia.
4. Prevención y tratamiento de la enfermedad respiratoria en la infancia.
5. Prevención y tratamiento de tuberculosis.
6. Atención del embarazo, parto, puerperio, lactancia y planificación familiar.
7. Primeros auxilios médicos y odontológicos.



Promotora de Salud (Auxiliar de Salud Comunitaria) en plena labor de promoción.

8. Control de zoonosis y parasitosis, incluyendo malaria.
9. Provisión de agua potable.
10. Destino sanitario de excretas y desechos.
11. Destino adecuado de desechos sólidos
12. Combate de roedores y otros vectores.

5. RECURSOS HUMANOS

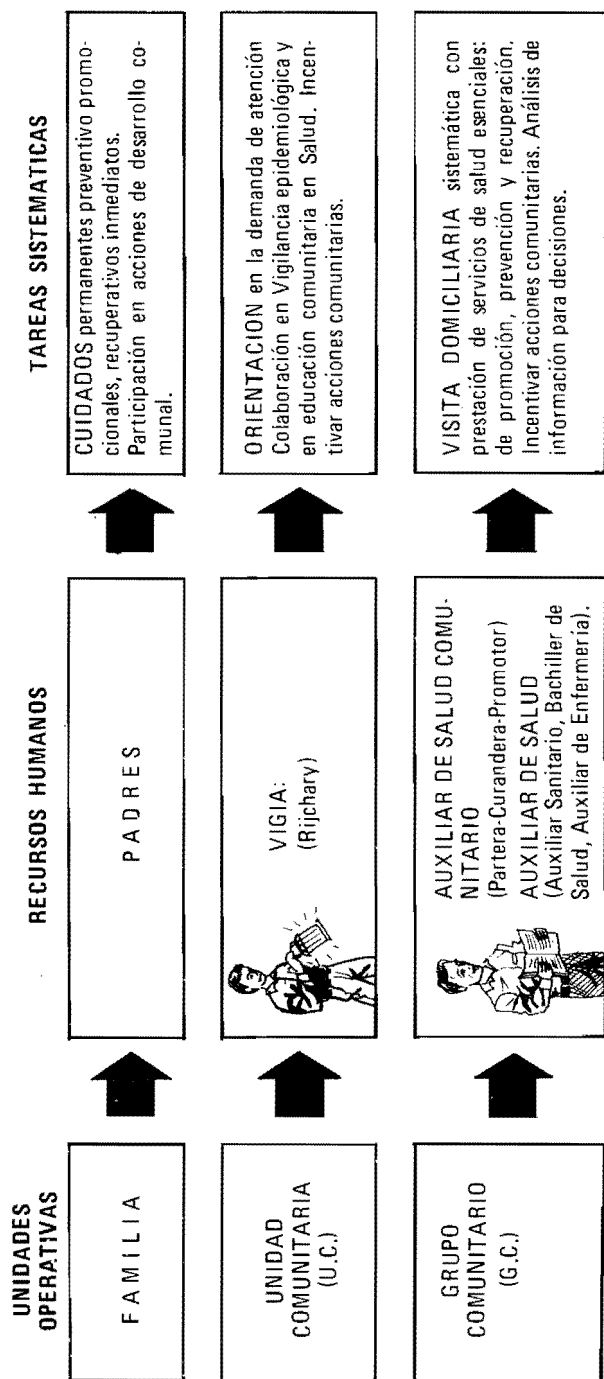
Proviene del Sistema Comunitario y del Sistema Formal de salud: (Fig. 6)

- Como recursos humanos de la comunidad se consideran:
 - o EL VIGIA DE SALUD, "rijchary" o "despertador de conciencia sanitaria" es un miembro del grupo familiar con vocación de servicio, que dedica parte de su tiempo a vigilar la salud de su familia y de un conjunto de familias de su comunidad (Unidad Comunitaria), estimulando en ellas la promoción de la salud y activando su participación en el desarrollo comunal. El Vigía estará en capacidad de orientar sobre los aspectos más importantes de la salud del niño y la familia. Podrá cooperar en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles de su localidad y en la aplicación de medidas preventivas y atención al medio.
 - o EL PROMOTOR DE SALUD O AUXILIAR DE SALUD COMUNITARIO, es un miembro de su comunidad, elegido por la Asamblea representativa para dedicar parte de su tiempo, previo adiestramiento, a actividades de promoción, y prevención, primeros auxilios y atención simplificada de salud, preferentemente en el área rural.
- La modalidad operativa del trabajo del promotor será la visita domiciliaria, teniendo a su cargo un número limitado de familias.



*Promotores de Salud (Auxiliares de Salud Comunitarios)
Personal Docente (Chimbote)*

Figura No. 6 — MODULO DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA
PERFIL DE RECURSOS HUMANOS Y TAREAS



PUESTO DE SALUD
(P.S.)



ENFERMERA
Auxiliar de Enfermería
Graduandos de Salud

ATENCIÓN SIMPLIFICADA en consulta ambulatoria y cuidados domiciliarios mas complejos - Funciones de promoción prevención y recuperación de la salud - Análisis de información para decisiones - Promoción y participación en desarrollo comunal. Función como Hogar-Modelo de la comunidad.

CENTRO DE SALUD
(C.S.)



MEDICO
Equipo de Salud
Graduandos de Salud

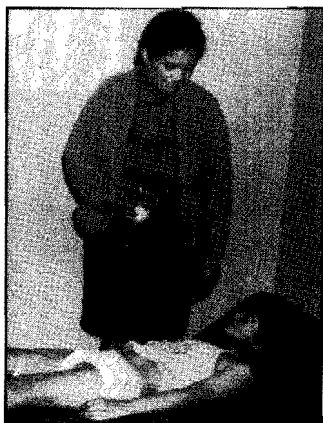
ATENCIÓN INTEGRAL - Conducción del Módulo - Planificación integral - Atención ambulatoria integral - Análisis de información para decisiones. Promoción y participación en desarrollo comunal.

El Comité de Salud determinará el sistema de retribución al trabajo del Promotor, de acuerdo a sus posibilidades y las características locales del sistema comunitario de participación.

- o LA PARTERA TRADICIONAL, recurso humano existente en la mayoría de las comunidades rurales, previa captación y capacitación colabora en la atención del parto normal, y asimismo participa en la detección y la derivación oportuna de las complicaciones de la gestación al sistema formal de servicios de salud. A través de la partera tradicional se logra también la captación y control precoz del recién nacido.

La partera trabaja en coordinación con la enfermera del Puesto de Salud, quien orienta y supervisa sistemáticamente su trabajo.

- o EL CURANDERO TRADICIONAL, es también un recurso que se encuentra en todas las comunidades; su influencia cultural es importante para su participación en las acciones de Atención Primaria.



Medicina Tradicional

- Los recursos humanos de los Servicios Básicos del Sistema Formal de Salud son:

- o EL AUXILIAR DE SALUD (Auxiliar Sanitario, Auxiliar de Enfermería, o Bachiller en Salud) es el responsable de la salud de un Grupo Comunitario, con funciones preventivo-promocionales y Atención Simplificada de Salud, para lo cual recibe una adecuada y sistemática capacitación. Depende del Puesto de Salud y trabaja bajo la supervisión de la Enfermera.

Este personal se recluta preferentemente en la propia comunidad a la que habrá de servir y en la que debe residir. Su principal modalidad de trabajo es la Visita Domiciliaria sistemática a las familias de su jurisdicción.

El entrenamiento lo prepara para realizar acciones de Atención Simplificada de Salud, y actividades de educación para la salud. Debe participar en la programación de los servicios de salud de su localidad, coordinando con sus organismos representativos (Comité de Salud, etc.)



Auxiliar de Salud realiza promoción y prevención con un grupo familiar.

- o LA ENFERMERA DEL PUESTO DE SALUD, es la profesional responsable de la conducción de este servicio. Tiene bajo su jurisdicción a seis Grupos Comunitarios como promedio. A través de la consulta de enfermería brinda atención simplificada de salud.

Supervisa al Auxiliar de Salud.

Parte fundamental de la actividad de la enfermera es la educación para la salud y la promoción de actividades de desarrollo de la comunidad y la formación de Vigías de Salud. Trabaja en coordinación con el Comité de



Salud, y está bajo la supervisión del Centro de Salud.

- o EL MEDICO DEL CENTRO DE SALUD, es el profesional que dirige el Módulo de Atención Primaria de Salud en la jurisdicción sanitaria que le corresponde. Asegura el cumplimiento de los servicios para la atención integral de salud de la población bajo su responsabilidad. Dirige el equipo de salud, coordinando con la comunidad y con otros sectores en la respectiva localidad.
- o OTROS PROFESIONALES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD, participarán como miembros del Centro de Salud, de acuerdo a las necesidades y a la magnitud de la población a servir.



Diversas escenas de la función educativa de los servicios de salud.

— III —

BASES PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL PAIS.

Sobre el fondo tétrico y real de la insalubridad extensa difusa y crónica ¿Por dónde despuntará lo nuevo, la salud?. ¿Qué elemento podrá determinar el cambio? ¿Cuál es el punto crítico decisivo?

Son preguntas precisas y profundas. Un hombre solo no podría contestarlas, ni después de veinte años de ejercicio médico y de meditación sobre su contenido social.

Hugo Pesce

— 1945 —

III. BASES PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL PERU.

1. ORGANIZACION

Se plantea un modelo esencialmente funcional

— Nivel Central:

Por Resolución Ministerial No. 021-81-DS, del mes de Febrero de 1981 se nombra la **COMISION NACIONAL DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD**, dependiente de la Alta Dirección.

Tiene carácter funcional y está integrada por un Presidente, un Vice-Presidente y un Secretario.

Es responsabilidad de la Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud, la elaboración de las normas, la asesoría, y la supervisión de las actividades de Atención Primaria de Salud en el país y en consecuencia:

- o Orienta la política del sector en este aspecto.
- o Establece la coordinación intersectorial al más alto nivel y entre las Direcciones Generales.
- o Plantea el financiamiento requerido para el desarrollo de la Atención Primaria.
- o Formula las normas correspondientes para la organización de los Grupos de Trabajo de Atención Primaria en los niveles nacional, regional y local, así como las correspondientes a la coordinación con la comunidad y otros sectores.

— Nivel Regional:

En cada Dirección Regional y en cada Area Hospitalaria, deben constituirse **GRUPOS DE TRABAJO DE ATENCION PRIMARIA**, presididos por el Director del organismo respectivo.

Estos grupos de trabajo tienen el propósito de impulsar el desarrollo de la Atención Primaria en su respectivo ámbito administrativo.

Los Grupos de Trabajo de Atención Primaria de Salud, deben estar integrados a la Unidad de Atención Médica Integral, o su equivalente en las Areas Hospitalarias. Deben adecuar su organización y funcionamiento a la realidad local y asumir cierta especificidad en sus actividades, teniendo en cuenta las 5 Areas de Trabajo del Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud.

LAS AREAS HOSPITALARIAS constituyen, en el nivel local, las unidades ejecutoras de la Atención Primaria de Salud, a través de los Módulos de Servicios de Atención Primaria de Salud (MAPS).

El Area Hospitalaria, debe programar los Módulos de Atención Primaria, adaptándolos a las características y necesidades de la población involucrada en el ámbito geográfico.

Las Areas Hospitalarias son responsables de la conducción y supervisión sistemática de los MAPS, velando para que cuenten con el suministro adecuado de los recursos necesarios para su eficaz funcionamiento.

2. MODULOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

El Módulo de Atención Primaria de Salud está constituido por la disposición de los elementos de la Comunidad y de los Servicios Básicos de Salud en forma organizada, los que articulan sus actividades a fin de proveer un paquete de servicios de salud a la población que les es tributaria.

Constituyen el planteamiento básico del diseño de la estrategia de Atención Primaria, en el que se consideran las cuatro variables principales consideradas en el Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud:

población, riesgo, servicio y recursos, (Fig. No. 7).

En la organización de los MAPS, intervienen tanto el personal de salud como el de la comunidad a través de sus organismos representativos.

Integran el MAPS los siguientes elementos: (Fig. 6, 8, 9 y Cuadro No. 1 - 2).

1. **UNIDAD FAMILIAR:** está formada por los miembros de una familia nuclear con un promedio de seis personas.

La responsabilidad por el cuidado y fomento de la salud de los miembros de la familia corresponde a los padres.

En este nivel pueden resolverse alrededor del 65% de los problemas de salud del grupo familiar, a través de medidas fundamentalmente preventivas y de promoción, en cuya aplicación colaboran el Vigía y el Auxiliar de Salud.

2. **UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD:** constituida por un promedio de 20 a 40 Unidades Familiares, según se trate de población dispersa o concentrada. La vigilancia de la salud de estas familias, está a cargo de uno de los miembros del grupo, elegido para asumir la función de "Rijchary" o Vigía.

3. **GRUPO COMUNITARIO DE SALUD:** integrado por un promedio de tres a seis Unidades Comunitarias de Salud (100 a 200 familias), según sea población dispersa o concentrada.

La vigilancia y cuidado de la salud del Grupo Comunitario es responsabilidad del Auxiliar de Salud, quien coordina con el Comité de Salud de la comunidad, u órgano equivalente.

No precisa infraestructura física particular para su funcionamiento. Recibe la supervisión del Puesto de Salud.

4. **PUESTO DE SALUD:** constituye la primera unidad del sistema formal de salud y está conducido, de preferencia, por una Enfermera.

Cubre la atención de salud de 600 a 1,200 familias en promedio, según sea la población dispersa o concentrada.

La enfermera atiende directamente, a través de la consulta de enfermería.

Supervisa sistemáticamente a los Auxiliares de Salud.

El Puesto de Salud, debería constituirse en un modelo demostrativo para la comunidad, en lo que respecta a la promoción, prevención y recuperación de la salud.

Se estima que en este nivel pueden resolverse un 25% más de los problemas de salud. El 10% restante corresponde a problemas de mayor complejidad que deben derivarse a otros niveles, a través de la referencia.

5. **EL CENTRO DE SALUD:** es la unidad que comanda el Módulo de Atención Primaria en el primer nivel de servicios de salud. Le son tributarios un prome-

**Figura No. 7 – SISTEMATIZACION DE LAS VARIABLES PARA
ORGANIZAR LOS MODULOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

POBLACION

120 - 240	600 - 1200
3600 - 10000	15000 - 40000

RIESGOS

BAJO RIESGO	BAJO RIESGO
MEDIANO RIESGO	MEDIANO + RIESGO

SERVICIOS

VIGILANCIA	VISITA DOMICILIARIA
ATENCION SIMPLIFICADA DE SALUD	ATENCION INTEGRAL DE SALUD

RECURSOS

VIGIAS	AUXILIARES DE SALUD
ENFERMERAS	MEDICO

Figura No. 8 -- MODULO DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA

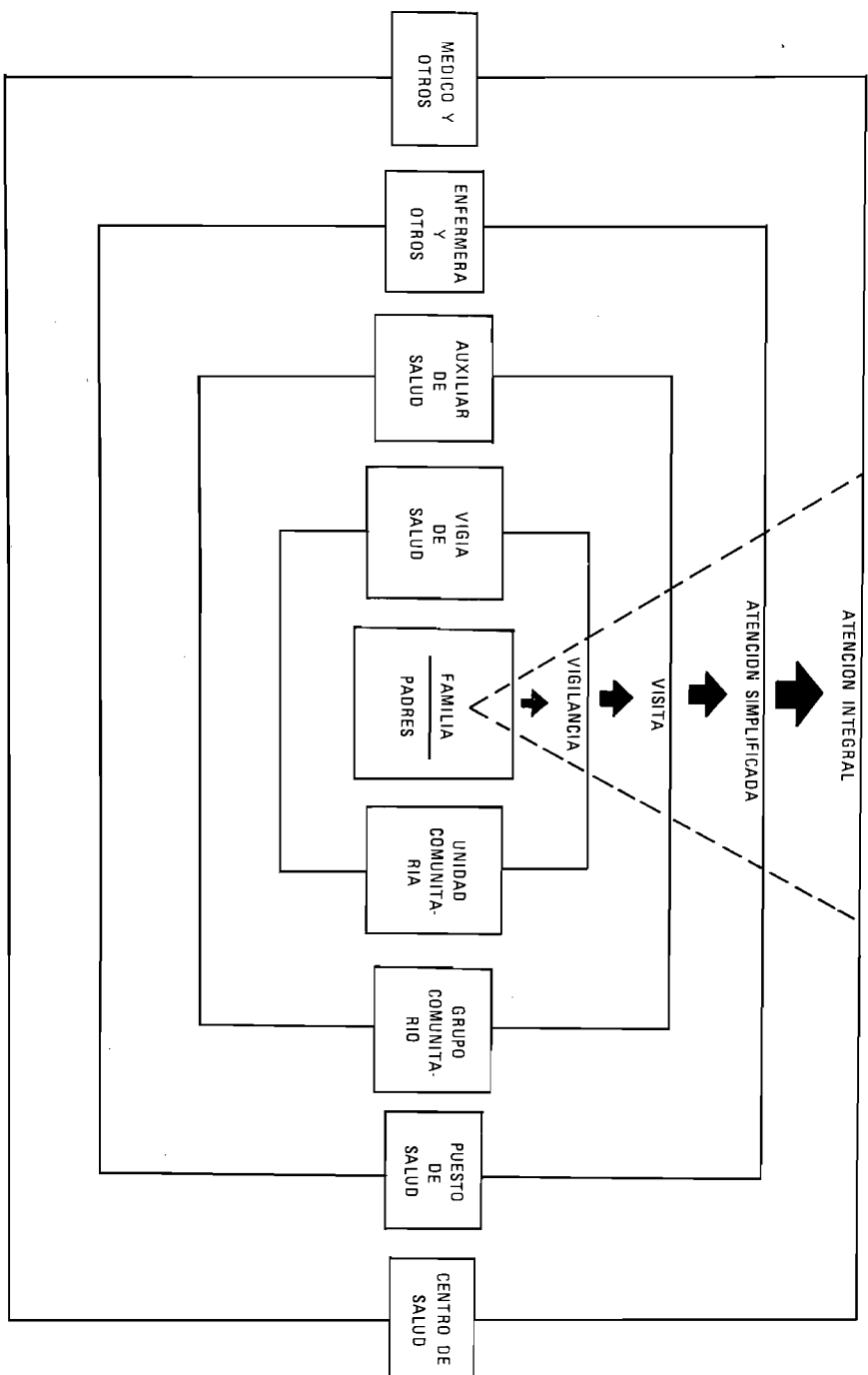
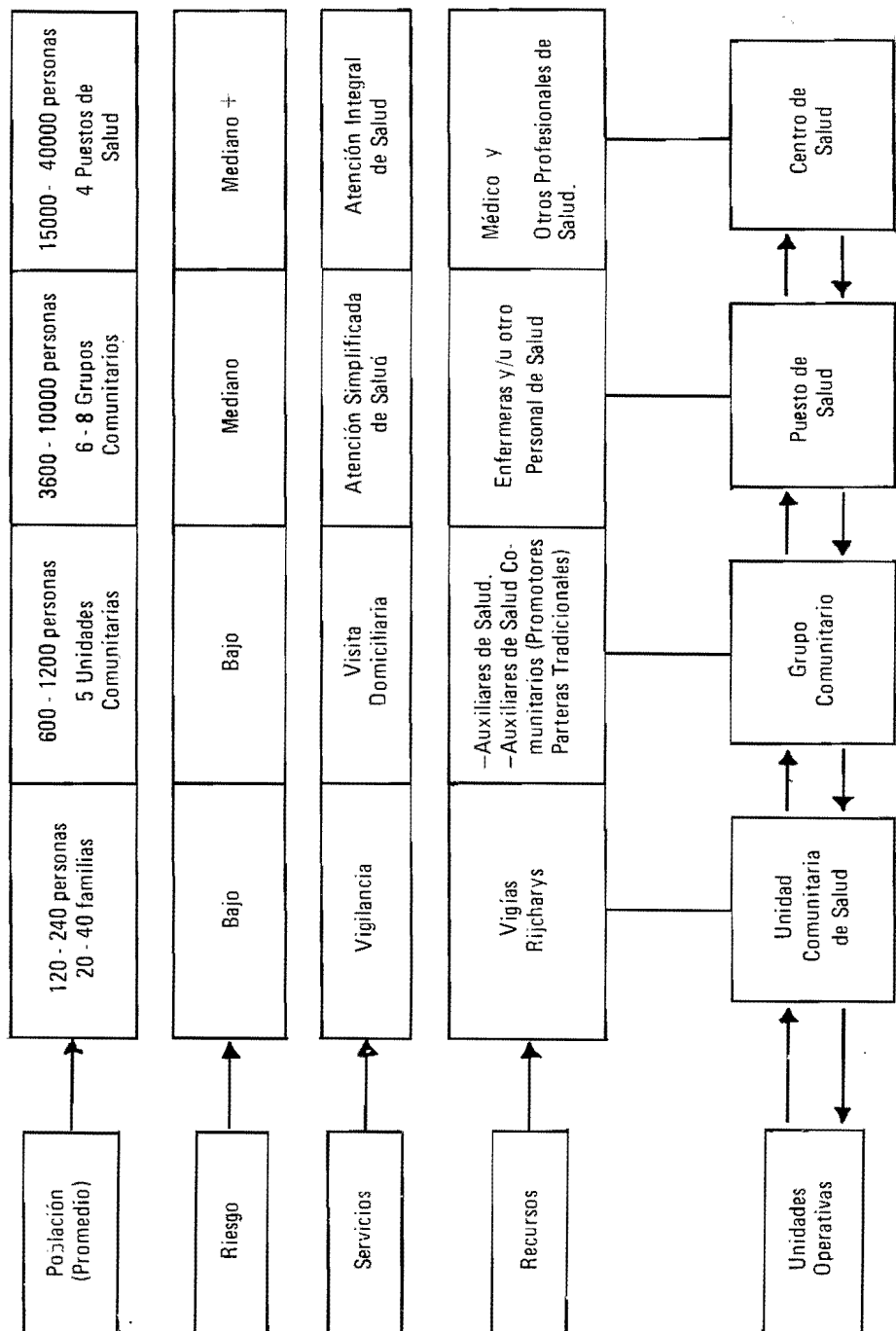


Figura No. 9 – ORGANIZACION: MODULOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD



Cuadro No. 1 – MODULO DE ATENCION PRIMARIA PARA POBLACION DISPERSA

INTEGRANTES UNIDADES OPERATIVAS	PERSONAS	FAMILIAS	UNIDAD COMUNITARIA	GRUPO COMUNITARIO	PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD
UNIDAD FAMILIAR	6	1	–	–	–	–
UNIDAD COMUNITARIA	120	20	1	–	–	–
GRUPO COMUNITARIO	600	100	5	1	–	–
PUESTO DE SALUD	3600	600	30	6	1	–
CENTRO DE SALUD	15000	2400	120	24	4	1

(Las figuras numéricas representan promedios)

**Cuadro No. 2 — MORTALIDAD SEGUN AGRUPACIONES DE CAUSAS Y GRUPOS DE EDAD CON NOTIFICACION
MEDICA EXCLUYENDO CAUSAS MAL DEFINIDAS (PORCENTAJES) PERU — 1972**

Grupos de Edad en años Defunciones Por causas agrupadas	Menor de 1 año	1 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64	65 y +	Total por Enfermedad
A. Infecciosas y Parasitarias	21	9	2	2	3	6	45
B. Perinatales	6						6
C. Tumores				1	3	4	8
D. Cardio Vasculares				2	3	6	13
E. Otras no bien definidas	6	5	2	10	4	3	30
TOTAL POR EDADES	35	14	4	15	13	21	100

FUENTE: Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud 1982-85
Definiciones para su elaboración. Documento de Trabajo
No. 1 Ministerio de Salud, República del Perú.

dio de cuatro Puestos de Salud, es decir alrededor de 15,000 habitantes, en zonas de población dispersa y 40,000 habitantes en zonas de población concentrada. (Ver páginas 30 y 47).

Su objetivo es prestar Atención Integral de Salud.

Está conducido por un Médico y cuenta con personal de enfermería profesional y auxiliar. Puede incluir además otros profesionales de salud (Odontólogos, Asistentes Sociales, Obstetrices, Farmacéuticos, etc.) y personal técnico o de apoyo de acuerdo a los requerimientos de la población.

La organización y funcionamiento del Módulo de Atención Primaria de Salud, implica el establecimiento de una coordinación horizontal con las unidades correspondientes de otros sectores de la actividad pública y privada: Educación, Agricultura, Vivienda, Transportes y Comunicaciones, etc. y con el Sistema Nacional de Cooperación Popular.

De esta manera los Módulos de Atención Primaria de Salud, están referidos al conjunto de elementos, que hacen posible su funcionamiento dentro de una unidad reguladora, que proporcione pautas, proposiciones y procedimientos que impliquen flexibilidad, para adaptarse a las circunstancias locales y características de la comunidad. Esta en función de los pisos ecológicos modelos y patrones culturales además de los factores que los condicionan.

Por lo expresado, debe entenderse que el Módulo de Atención Primaria es una concepción que toma los elementos existentes en toda comunidad y en los servicios de salud, lo cual no constituye fundamentalmente una innovación, sino un ordenamiento en el diseño y dinamización de la Atención Primaria.

Por tanto, se trata de un modelo básico susceptible de ser aplicado sin ninguna rigidez.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OPS - PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS.— Doc. Oficial No. 118, 1973.
2. OMS - UNICEF
Atención Primaria de Salud
Informe de la Conferencia Internacional Atención Primaria de Salud Alma-Ata URSS, 6 - 12 de Setiembre de 1978
Ginebra 1978
3. MINISTERIO DE SALUD, PERU
Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud.
Dirección General de Programas de Salud. Grupo de Apoyo a la Atención Primaria de Salud.
Mayo, 1979.
4. MINISTERIO DE SALUD, PERU
Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud
1982-85 Documentos de Trabajo 1, 2, 3.
1980 - 1981



HOMENAJE

Dedicó su vida a

“DESPERTAR”

a los campesinos.

MANUEL MARIA NUÑEZ BUTRON

JATUM RIJCHARY
(1,900 — 1,952)

BIOGRAFIA DEL DR. MANUEL NUÑEZ BUTRON

Manuel Núñez Butrón, nació el 10 de Enero de 1900, es decir advino al mundo junto con el siglo XX, en el pueblo de Samán, en la provincia de Azángaro, del departamento de Puno. Samán es un pequeño poblado de la sierra, predominantemente indígena. Núñez Butrón solía sentirse orgulloso de ser de la parcialidad de Chucaripo, jurisdicción de Samán.

Fueron sus padres don Guillermo Núñez y doña Rosa Butrón Sans. Su niñez transcurrió en Juliaca, que en aquellos años era apenas una pequeña estación ferroviaria. Allí cursó sus estudios primarios bajo la paternal dirección de don Mariano Jáuregui.

En 1913 Núñez Butrón se trasladó a la ciudad de Puno para cursar sus estudios secundarios en el Colegio Nacional de San Carlos. En 1918 pasó a los claustros universitarios de San Agustín, de Arequipa, para dos años más tarde trasladarse a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Luego viaja a España donde permanece cinco años. Se gradúa de Médico en la Universidad de Barcelona, el 7 de marzo de 1925. Inmediatamente después retorna a la patria y el 5 de setiembre revalida su título de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de San Marcos.

De nuevo en el país, Núñez Butrón trabajó como médico escolar de Lima y también como Médico de la Sanidad Militar. Y en su deseo de servir mejor a la patria chica que es la patria del corazón, Núñez Butrón se trasladó a Puno y es allí Médico Titular en las provincias de Azángaro, Huancané, Lampa y San Román. Pero como no siempre las cosas ocurren como debieran, la malidicencia y la envidia se interpusieron en la obra y el ejercicio profesional de Núñez Butrón, pues los instigadores lograron su objetivo, hacer que fuera cambiado a Lircay.

Deseoso de luchar por las mayorías indígenas desde el Parlamento, en 1945 presentó su candidatura a una diputación por la provincia de San Román, donde contaba con muchas simpatías. Naturalmente le escamotearon la diputación, lo que permitió que volviera a la brega, es decir, prosiguió su importante trabajo sanitario.

Cuando Puno, el Perú y América toda esperaban mayores frutos de la labor y el pensamiento profundo de este médico de masas, muere el 7 de diciembre de 1952, en pleno apogeo de su vida.

Núñez Butrón, desde el punto de vista sanitario, se adelantó en varios lustros a las doctrinas hoy en boga. Salió como un verdadero sanitarista a trabajar con la comunidad; supo aprovechar de todas las potencialidades de la comunidad indígena, porque fue profundo conocedor de la cultura india; como verdadero sanitarista supo dar prioridad a las actividades de protección y promoción de la salud y usar la educación como el mejor de los instrumentos. Núñez Butrón, como un auténtico planificador de salud usó sus pocos recursos para alcanzar grandes objetivos y atacó en su tiempo, con todo vigor, los daños que más enfermedad y muerte causaban a las comunidades.

Fue un maestro, un filósofo, formó una escuela, no de sabios, sino de trabajadores auténticos en quienes creó una mística, lo que ha permitido que su doctrina subsista hasta ahora.

Lo que Núñez Butrón propició hacer, o lo que hizo cuatro décadas atrás, se hace hoy; lo cual significa que el legado que dejara el Rijcharis no está, pues presente, tiene actualidad y vigencia plena.

Rogelio Bermejo
1971



Núñez Butrón y los Sanitarios Ryjtarys.



Primeras Brigadas de la Sanidad Rural Rijchary

**EDITORIAL DE "RUNA SONCCO"*
(CORAZON DE HOMBRE)**

Del 30 de Enero de 1937

"RIJCHARY, que en castellano la traducción es DESPIERTA, es el heraldo de nuestros actos y con él decimos: RIJCHARY al que se encuentra agotado por los vicios y la ignorancia; al que nos presenta la bandera de la mugre y la etiqueta del piojo.

RIJCHARY le decimos al que ya se cree civilizado porque comprendemos que le falta mucho para conseguirlo. RIJCHARY le decimos al simulador de una nueva personalidad sin darse cuenta que sólo un espejo puede ser su mejor jurado para indicarle la raza de sus predecesores. RIJCHARY le decimos al niño, al joven y al viejo como también al rico, al pobre porque cada hora, cada minuto de nuestra vida necesitamos despertar.

RIJCHARISUNÑA (despertemos ya), porque formamos el conglomerado de una raza fuerte; dormimos casi sin cama; somos sobrios en la alimentación; caminamos largas distancias, sin fatiga; tenemos una vista de águila y un oído superior; la lluvia nos alegra; la tempestad nos alienta, los huracanes nos fortifican y la oscuridad no nos arredra.

RIJCHARICEMOS para darnos cuenta de que nuestros antepasados nos legaron obras que son la admiración del mundo y reflejo de lo que podemos ser.

Démonos cuenta que después de tantos siglos es difícil señalar un límite de conquistados y conquistadores. Todos, el que más o el que menos, ante el mundo estamos calificados como INDIOS, y los indios para dominar en el ayllu, en la villa o en la ciudad, debemos tomar por norma en los actos de nuestra vida lo que nos enseñaban nuestros antepasados, Ama Kella, Ama Llulla, Ama Suwa.

Rijcharicemos para no ser flojos, mentirosos, ladrones, pleitistas ni sucios. Si lo somos, para corregirnos. Si no lo somos para enseñar.

Manuel M. Núñez Butrón

* *"Periódico eventual de Sanidad Rural Rijchary", fundado y dirigido por el Dr. Manuel M. Núñez Butrón, en Juliaca, 1935.*

LEMAS DEL RIJCHARY

En lugar de comprar
alcohol y coca, hay que
comprar lápiz, papel y
jabón.

Adios
alcohol,
Adios
coca,
Adios
suciedad,
Adios
ignorancia

*Anacleto Zapana
(Un Rijchary)*

Ama Llulla,
Ama Suwa,
Ama Kelly
purej,
Ama Makanakoj
LLANCAY

No seas
mentiroso
No seas
ladrón
No seas
flojo
No andes
sucio
No estés en
peleas
TRABAJA

RIJCHARYLLASUNÑA

DESPERTEMOS DE UNA VEZ

SEÑOR MINISTRO DE SALUD ¿ QUE HACER?.

¡AH! DESGRACIADAMENTE, HOMBRES HUMANOS,

HAY, HERMANOS, MUCHISIMO QUE HACER.

César Vallejo

ANEXO 1

SUMARIO DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DEL PERU

- o Los indicadores de salud, son ilustrativos del insatisfactorio nivel de salud de nuestra población. (Cuadro No. 1).
- o LA MORBIMORTALIDAD es elevada, con predominio en los menores de 5 años, y en los grupos de madres se acentúa el problema en la zona rural (Figuras 1, 2 y 3)

Las causas inmediatas de tal situación son las enfermedades infecciosas y parasitarias, sobre un trasfondo de malnutrición (Cuadro No. 2).
- o LA CONCENTRACION DE MORTALIDAD está en las causas reducibles mediante acciones de bajo costo, que pueden ser realizadas por los servicios efectores de complejidad I y II (Niveles de Atención).
- o LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, no es integral: se da atención prioritaria a la demanda en actividades de recuperación de salud, descuidándose las actividades de promoción y protección especialmente en el binomio madre-niño.
- o BAJA COBERTURA de los servicios de prestación de salud, en particular en el medio rural, donde un alto porcentaje de la población queda sin ser atendida por el sistema formal de salud.
- o LOS RECURSOS son escasos y desigualmente distribuidos, tanto desde el punto de vista geográfico como institucional: hay concentración en las ciudades capitales; en algunos componentes del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y en los niveles de complejidad alta de la atención de salud: los hospitales (Cuadro No. 3).
- o FACTORES CONDICIONANTES Y/O DETERMINANTES de esta situación de salud, se encuentran principalmente en los siguientes campos:
 - A. **Características de la población:**
 - Elevado índice de crecimiento poblacional: 2.90/o con una joven estructura, lo que determina el aumento acelerado de la demanda de servicios.
 - Creciente migración del campo a la ciudad, que determina dificultades para satisfacer adecuadamente la demanda de servicios básicos.
 - Dispersión de gran parte de la población en localidades de menos de 2000 habitantes; topografía accidentada e insuficientes vías de comunicación dificultan la accesibilidad geográfica a los servicios de salud.

**Cuadro No. 1 – NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION
PERU – 1979**

INDICADORES	
Mortalidad general (x 1000 N.V.)	11.1
Mortalidad Infantil (x 1000 N.V.)	95
Mortalidad Materna (x 10000 N.V.)	30
Mortalidad Infecciosa y Parasitaria (0/o defunc. en menores de 15 años)	59.3
Expectativa de vida al nacer (años)	58.2
Tasa bruta de natalidad (x 1000 habt.)	38.7
Tasa global de fecundidad (No. hijos promedio al final de período fértil)	5.27*
Tasa de crecimiento poblacional (x 100 habt.)	2.9

FUENTE: Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud
1982-85
Definiciones para su elaboración. No. 1 Documento
de trabajo. Ministerio de Salud, República del Perú,

* 1980.

**Figura No. 1 – MORTALIDAD INFANTIL EN EL PERU Y
PAISES SELECCIONADOS
(Tasa por Mil Nacidos Vivos)**

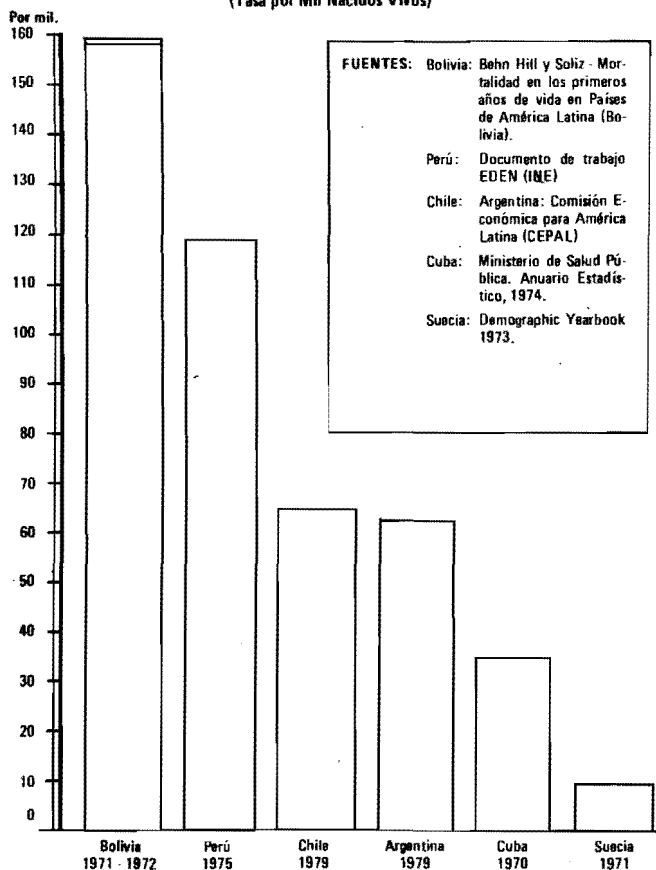
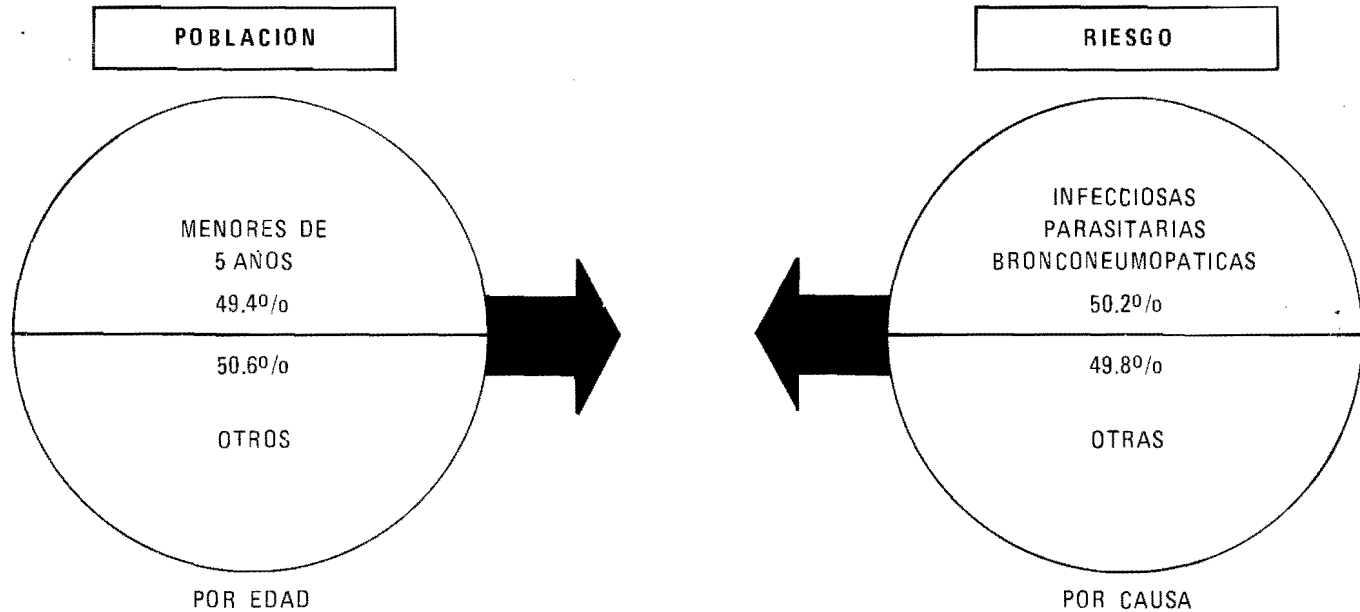
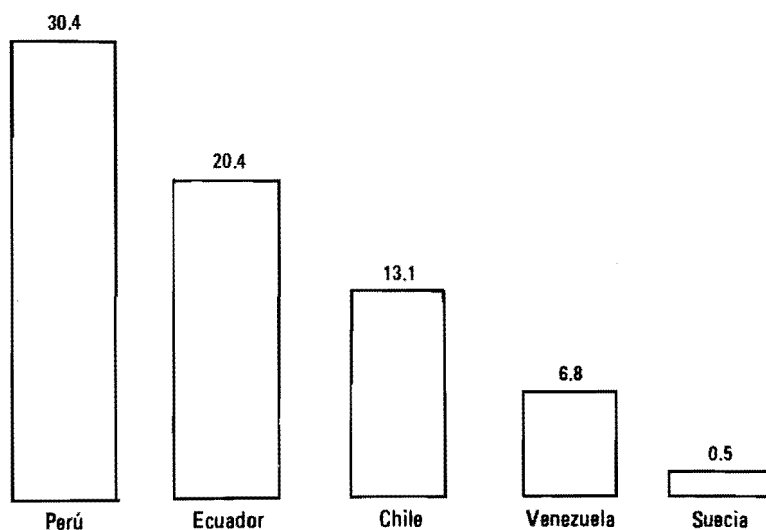


Figura No. 2 – MORTALIDAD GENERAL REGISTRADA EN EL PERU – 1973



FUENTE: Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud 1982-85
Definiciones para su elaboración. Documento de Trabajo No. 1, Ministerio de Salud,
República del Perú. 1980.

**Figura No. 3 – MORTALIDAD MATERNA COMPARADA. TASAS POR 10,000 NACIDOS VIVOS.
PERU Y OTROS PAISES – 1975**



FUENTE: Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud 1982-85
Definiciones para su elaboración Doc. de Trabajo No. 1
Ministerio de Salud, Rep. del Perú.

Cuadro No. 2 – MODULO DE ATENCION PRIMARIA PARA POBLACION CONCENTRADA

INTEGRANTES UNIDADES OPERATIVAS	PERSONAS	FAMILIAS	UNIDAD COMUNITARIA	GRUPO COMUNITARIO	PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD
UNIDAD FAMILIAR	6	1	-	-	-	-
UNIDAD COMUNITARIA	240	40	1	-	-	-
GRUPO COMUNITARIO	1200	200	5	1	-	-
PUESTO DE SALUD	10000	1600	40	8	1	-
CENTRO DE SALUD	40000	6400	160	32	4	1

(Las figuras numéricas representan promedios).

**Cuadro No. 3 – LOS RECURSOS EN EL SISTEMA DE
PRESTACIONES DE SALUD – PERU 1979**

INDICADORES	
Habitantes por médico (No. x médico)	1480
Médicos (x 10000 Hbt.)	6.8
Enfermeras (x 10000 Hbt.)	5.4
Odontólogos (x 10000 Hbt.)	2.0*
Obstetrices (x 10000 Hbt.)	1.26
Químico-Farmacéuticos (x 10000 Hbt.)	1.93
Ingenieros Sanitarios (x 10000 Hbt.)	0.18
Camas hospitalarias (x 1000 Hbt.)	1.94

FUENTE: Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud
1982-85.
Definiciones para su elaboración. No. 1. Documento
de Trabajo. Ministerio de Salud.
República del Perú.

* 1980.

B. Desarrollo social y económico:

- Actividad económica fundamentalmente extractiva con incipiente grado de industrialización.
- Baja producción y productividad, principalmente en la agricultura y en la industria.
- Desigual acceso de la población a los bienes y servicios (bajos niveles de ingreso de las grandes mayorías).
- Bajo nivel educativo de la población, situación que se acentúa en la mujer (más de la mitad de la población rural mayor de 15 años es analfabeta).
- La desocupación afecta a cerca del 60/o de la población económicamente activa y el subempleo al 48/o de la población ocupada.
- Carencia de servicios de agua y eliminación de excretas en el 90/o y el 99/o respectivamente de las viviendas rurales.
- Ingesta calórico proteica per cápita muy debajo del límite inferior señalado por organismos internacionales.

C. Sistema de servicios de salud:

- Los sectores de la población ligados a la producción están más protegidos. Permanecen en desventaja los niños, ancianos y mujeres.
- Inadecuada política de formación de recursos humanos, en cuanto a cantidad y calidad.
- Predominio de acciones reparativas, con menoscabo de las preventivas y promocionales.

D. Cobertura de los servicios de salud:

- Las actividades finales de salud eminentemente recuperativas no están destinadas a los distintos grupos de edad, en una proporción acorde con la distribución porcentual de los riesgos evitables en tales grupos.
- Se estima que más del 50/o de la población, especialmente materno infantil, en familias de menores ingresos, residentes en áreas rurales y urbano-marginales, no tiene acceso a los servicios de salud.

ANEXO 2

GLOSARIO DE TERMINOS OPERACIONALES

1. "RIJCHARY"

Término quechua que significa "despierta". Fue el nombre que el Dr. Manuel Núñez Butrón dió a los trabajadores voluntarios que reclutó y capacitó en Puno, hace más de 30 años y que cumplían la tarea principal de despertar la conciencia sanitaria de la población en aspectos relacionados a la salud, a las prácticas preventivas de carácter higiénico. Para fines de Atención Primaria de la Salud, el término se ha traducido como "Vigía".

2. VISITA DOMICILIARIA

Es una modalidad operativa a través de la cual el personal de salud presta atención directa a la familia en su hogar.

Al desplazarse al hogar, de un modo sistemático, valoran las necesidades de salud de la familia y brindan atención simplificada, vacunaciones, educación sanitaria; hacen el seguimiento de casos y recogen información sobre la situación de salud y contribuyen a la vigilancia epidemiológica.

3. ATENCION SIMPLIFICADA DE SALUD

Es el conjunto de procedimientos y técnicas dirigidas al tratamiento de los riesgos de salud de poca complejidad, y que son efectuados por personal debidamente capacitado.

4. ATENCION INTEGRAL DE SALUD

Constituye la prestación de servicios de salud a las personas y a la familia, a través de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

5. COMITE DE SALUD

Es un grupo organizado por la comunidad que interpreta la problemática de salud y lidera la participación para solucionarla. Su función es deliberante y reguladora.

6. COORDINACION

Trabajo o acción conjunta entre personas o grupos para la realización metódica u ordenada de una tarea, actividad o programa, sobre la base del reconocimiento de algo en común (vínculos psicológicos, sociales, culturales, etc.) que implica la sincronización, articulación o unificación de los esfuerzos, en aquel o aquellos aspectos de la organización que sean requeridos para el logro de objetivos y metas del trabajo conjunto.

De acuerdo al grado de extensión y compromiso de los participantes en la acción de coordinación, ésta puede darse a un nivel de colaboración (prima la motivación psicológica) o de integración en la que se unifican en forma total los diversos motivos para una acción más permanente y solidaria.

7. MODULO

Conjunto de elementos dispuestos de tal modo, que conforman una unidad reguladora o sistema, el cual expresa la "Unidad de medida" para el establecimiento de promociones, pautas, procedimientos, etc. en el tratamiento u ordenamiento de un proceso. Todo módulo significa una concentración armónica de las partes en el todo.

Aplicado a los procesos sociales y educacionales, el concepto modular implica flexibilidad para adaptarse a las circunstancias específicas o características de la población, de su organización y cultura propia, en su ambiente ecológico particular; de ello depende su capacidad para hacerse realmente operativo o instrumentalizador del funcionamiento del proceso que, si es educativo, debe incluir como uno de sus componentes, la creatividad.

3 PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

Se entiende como tal, la realización de acciones y actividades que se hacen conjuntamente y por ayuda mutua, y en las cuales la comunidad, toma decisiones para la ejecución, vigilancia y supervisión de las tareas de beneficio común.

VIÑETAS DE ATENCION PRIMARIA

“Todos los Gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la Atención Primaria de Salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores”.

“La Atención Primaria de Salud:

Exige y fomenta en grado máximo la autoresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la Atención Primaria de Salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de la comunidad para participar”;

“La Atención Primaria de Salud:

Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país, y se basa en la aplicación pertinente de las investigaciones sociales biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública”.

ALMA - ATA
Conferencia Internacional
OMS/UNICEF



UNICEF

EDICION: verna alva león
ARTE: guillermo ramón m.
IMPRESION: imprenta propaceb.

*Publicado bajo los auspicios del
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
Primera Edición: 5,000 ejemplares. Enero 1982.*

Lima - Perú



Salud
para todos

